FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

No 57

Contribution à l'Etude de l'Emploi de la Méthyl-Ergobasine dans les suites de Couches

Travail de la Clinique Obstétricale et Gynécologique de la Faculté
Professeur J. CHOSSON
et de la Maternité de la Belle-de-Mai G. PLASSE

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale et de Pharmacie de Marseille

Le Juin 1955

PAR

Aimé PALMIERI

Né le 29 Novembre 1928, MARSEILLE

Externe des Hôpitaux

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

Examinateurs de la Thèse	MM. CHOSSON	*Président*
	MOIROUD LAMY SERMENT PLASSE	*Assesseurs*

Éditions LECONTE
98, Cours Lieutaud
MARSEILLE
1 9 5 5

Contribution à l'Etude de l'Emploi de la Méthyl-Ergobasine dans les suites de Couches

Travail de la Clinique Obstétricale et Gynécologique de la Faculté
Professeur J. CHOSSON
et de la Maternité de la Belle-de-Mai G. PLASSE

FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

No

Contribution à l'Etude de l'Emploi de la Méthyl-Ergobasine dans les suites de Couches

Travail de la Clinique Obstétricale et Gynécologique de la Faculté
Professeur J. CHOSSON
et de la Maternité de la Belle-de-Mai G. PLASSE

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale et de Pharmacie de Marseille

Le Juin 1955

PAR

Aimé PALMIERI

Né le 29 Novembre 1928, MARSEILLE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

Examinateurs de la Thèse	MM. CHOSSON	*Président*
	MOIROUD	
	LAMY	*Assesseurs*
	SERMENT	
	PLASSE	

Éditions LECONTE
98, Cours Lieutaud
MARSEILLE
1 9 5 5

PERSONNEL DE LA FACULTE MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Doyen : G. MORIN — *Assesseur :* J. DELPHAUT

Doyen honoraire : L. IMBERT

Professeurs honoraires : MM. AUBARET, AUDIBERT, BELTRAMI, BREMOND, GABRIEL, HECKENROTH, JOYEUX, MONGES, OLMER, RIMATTEI, ROCHE, ROGER.

Chargé de cours honoraire : M. TIAN

Secrétaire principal : J. COMTE — *Bibliothécaire :* Mlle PERRIN

PROFESSEURS

Anatomie	GRISOLI
Anatomie pathologique	GASTAUT
Bactériologie et Pathologie générale	BRAHIC
Botanique et Cryptogamie	PELLISSIER
Cardiologie clinique et expérimentale	JOUVE
Chimie médicale	DERRIEN
Chimie analytique et Hydrologie	ARNOUX
Chimie	DUMAZERT
Clinique chirurgicale	FIOLLE
Clinique chirurgicale	MOIROUD
Clinique chirurgicale infantile et orthopédique	SALMON
Clinique chirurgicale thérapeutique et Chirurgie expérimentale	De VERNEJOUL
Clinique dermato-syphiligraphique	CHARPY
Clinique exotique	BLANC
Clinique des maladies du système nerveux	POURSINES
Clinique médicale	MATTEI
Clinique médicale	POINSO
Clinique médicale thérapeutique	OLMER J.
Clinique des maladies des voies digestives et de la nutrition	N...
Clinique médicale infantile	GIRAUD
Clinique neuro-chirurgicale	PAILLAS
Clinique obstétricale et gynécologique	CHOSSON
Clinique ophtalmologique	JAYLE
Clinique urologique	CHAUVIN
Histologie	PICARD
Hygiène et Médecine préventive	SAUTET
Matière médicale	BALANSARD
Médecine légale et Médecine du Travail	MOSINGER
Parasitologie	RANQUE
Pathologie chirurgicale	CARCASSONNE
Pathologie interne	AUDIER
Pharmacologie	MERCIER
Pharmacie chimique et Toxicologie	VIGNOLI
Pharmacie galénique	DELPHAUT
Physiologie	MORIN
Physique médicale	DUBOULOZ
Thérapeutique	PIERI
Professeur sans chaire	ROUX

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Maîtres de Conférences Agrégés

MM. BOURRET
DONNET
GREBUS

MM. J. MERCIER
MOURGUE
LISSITZKY

Agrégés en exercice

MM. APPAIX
BERNARD
CREMIEUX
GRANJON
HENRY
LAMY
LAVAL
LENA

MM. MARONNEAUD
MONGES Henri
OLLIVIER
OURGAUD
PAOLI
RAYBAUD
SERMENT
VAGUE

Agrégés libres

MM. BERTHIER
DOR

MM. FIGARELLA
IMBERT
RECORDIER

Chargés des fonctions de Maîtres de Conférence

Anatomie pathologique ..... M. PAYAN
Histologie ..... M. STAHL
Botanique et Cryptogamie ..... M. BERNARD

Chargé des fonctions d'Agrégé

Clinique Urologique ..... M. CHAUVIN

Je dédie ces pages :

A MA FEMME,

A MA FILLE,

A MES PARENTS,

dont les sacrifices ont fait de moi ce que je suis.

A TOUS LES MIENS.

Au Docteur Pierre ROBERT

Ancien Chef de Clinique à la Faculté

Plus qu'un ami, il est pour moi le grand frère, qui se dévoue et guide vos pas.

Au Président de notre Jury de Thèse

Monsieur le Professeur J. CHOSSON

Professeur à la Clinique Obstétricale et Gynécologique de la Faculté

Il nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse,

sa bienveillance et son soutien nous ont été d'un précieux concours ;

par sa sollicitude et son amabilité, il a permis que soit réalisé ce travail.

A notre Jury de Thèse :

Monsieur le Professeur MOIROUD
Professeur de la Clinique Chirurgicale à la Faculté
Chirurgien des Hôpitaux
Officier de la Légion d'Honneur

Nous avons eu la chance de compter parmi ses externes, nous avons bénéficié de son incomparable enseignement ; il restera pour nous l'exemple d'homme de sciences et de grande bonté.

Monsieur le Professeur J. LAMY
Professeur Agrégé, Chirurgien des Hôpitaux

Externe dans son service, nous n'avons pu que regretter la brièveté de notre séjour.

Qu'il trouve ici un témoignage de notre reconnaissance pour l'enseignement qu'il nous prodigua avec verve et clarté.

Monsieur le Professeur H. SERMENT
Professeur Agrégé

Son amabilité et sa compétence ont aidé dans une large mesure à la réalisation de ce travail.

Nous lui exprimons toute notre gratitude.

Monsieur le Docteur G. PLASSE
Chirurgien Accoucheur des Hôpitaux

Il nous a fait l'honneur de nous confier le sujet de cette thèse; son enseignement pratique nous a été d'un précieux concours; sans aucune restriction, son service fut mis à notre disposition à cette fin.

Sa bonté et sa sollicitude nous ont considérablement aidés, il nous est agréable de lui exprimer toute notre reconnaissance.

A Monsieur le Professeur P. GIRAUD

Professeur de Clinique Médicale Infantile

dans le service duquel j'ai eu l'honneur de faire fonction d'interne.

A mes Maîtres à l'Hôpital,

dont j'ai eu l'honneur d'être l'externe :

Messieurs les Professeurs : FIOLLE,
BERTHIER,
PIERI,
POURSINES ;

Messieurs les Docteurs : GASTON,
GAMEL,
COTTALORDA.

A mes Maîtres de la Faculté

A Mademoiselle MAITRE
Maîtresse Sage-Femme

A Madame MOURIEZ
Sous-Maîtresse Sage-Femme

Aux sages-femmes de la Maternité de la Belle-de-Mai
qui m'ont aidé dans la réalisation de ce travail

A tous mes Amis

INTRODUCTION - HISTORIQUE

La METHYL-ERGOBASINE est utilisée depuis plusieurs années déjà à l'étranger en gynécologie obstétrique, notamment dans les pays anglo-saxons et scandinaves où le début de l'utilisation date de 1939.

Son action a été mise à profit surtout pour diminuer les pertes sanguines qui accompagnent la délivrance, que nombre d'auteurs ont cherché à accélérer par des méthodes diverses, en particulier : Baskin, Hallqvist, Leinzinger, Schade, Sjöstedt.

Gipsein, Dipont, Massebach s'attachèrent à apprécier les effets dans les suites de couches de la délivrance au Méthergin. Tollefson, reprenant l'idée, étudiait l'action du Méthergin per os dans les suites de couches.

En France, où le produit est d'apparition relativement, récente, MM. Pigeau, Charvet et La Selve (27) présentèrent la première observation de délivrance au Méthergin.

Rassemblant les observations étrangères et ses propres observations, La Selve, dans une revue générale, étudiait l'action de la Méthyl-ergobasine en obstétrique (23).

A Marseille, reprenant l'étude de plus de cent observations de la Clinique Obstétricale, Voisin, dans sa thèse, soulignait l'action du Méthergin dans les incidents hémorragiques de la délivrance.

Si, dans quelques facultés de France (Lyon, Lille, Toulouse, Paris et Montpellier), le Méthergin était expérimenté, la Clinique Obstétricale de la Faculté de Médecine de Marseille se signalait par quatre publications successives.

On ne s'était pas encore attaché, en France, à l'action de la thérapeutique dans les suites de couches. Mon Maître, le Docteur Plasse, me faisait l'honneur de me proposer ce travail. Mes Maîtres à la Faculté, M. le Professeur Chosson et M. le Professeur Serment, acceptèrent de m'aider dans cette tâche.

Nous leur exprimons ici toute notre gratitude.

L'ergot de seigle est entré dans la thérapeutique depuis bien longtemps.

Tanret, en 1875, en avait isolé un extrait total : L'Ergotinine.

En 1918, Stoll découvrit l'Ergotamine, principe actif du médicament.

En 1935, l'Ergobasine, nouvel alcaloïde, était isolé dans certains échantillons d'ergot de seigle.

Stoll et Hofman en réalisèrent la synthèse, et, en 1943, ces mêmes auteurs réussirent à substituer à l'Amino-propanol de la molécule d'autres amino-alcools.

L'un de ces composés contenant le groupement amino-butanol fut particulièrement étudié et livré dans le commerce sous forme de tartrate :

Le « Méthergin » était né.

---

* *Nous remercions les LABORATOIRES SANDOZ qui ont mis à notre disposition une bibliographie très détaillée à ce sujet.*

PHARMACOLOGIE

Les études pharmacologiques ont été effectuées à Bâle par le Professeur Rothlin et aux Etats-Unis par Kirchof et ses collaborateurs.

Voici, résumé, ce que fut le résultat de leurs expériences:

1° *Action utéro-tonique nette :* Action supérieure à celle des autres utéro-toniques.

2° *Action soutenue :* Cette dernière est inférieure à celle de l'Ergotamine, mais encore suffisante: de deux à huit heures.

3° *Action rapide et intense :* Renforcement du Tonus et du Rythme. Cette action est presque immédiate lorsque l'administration est faite par voie veineuse. Per os, ce temps de latence oscille entre huit et dix minutes.

Les actions annexes :

Certains effets sont d'intérêt secondaire :

— Accélération du rythme respiratoire ;

— Relâchement de fragments de jéjunum isolés ;

— Mydriase passagère et discrète chez l'animal de laboratoire.

Beaucoup plus intéressant est de connaître le retentissement sur la tension artérielle. Le travail de Schade et de ses collaborateurs fut, à ce sujet, précieux. Il démontre que si une élévation de tension existe, quelquefois, dans tous les cas, elle est légère et passagère. Cette élévation tensionnelle peut, du reste, être bénéfique en cas de choc ; c'est ce qu'ont démontré J. Chosson, F. Mercier, G. Farnarier, M^lle^ Sestier *(Bulletin de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et d'Obstétrique)* (7 et 26).

Toxicité :

La toxicité de la Méthyl-ergobasine est comparable à celle de l'ergobasine ; comme elle, elle possède une marge thérapeutique étendue.

Présentation :

Le « Méthergin » est livré dans le commerce en :

Ampoules : de 1 cc. à 0,2 mg.

Gouttes : XXX gtes = 0,25 mg.

Notons qu'il existe aux Etats-Unis une présentation en plaquettes à sucer dosées à 0,25 mg.

PLAN D'ÉTUDE

Nous nous étions fixé initialement comme limites d'étudier l'action du « Méthergin » pendant les suites de couches pathologiques, notamment les suites fébriles d'origine utérine. Nous avions, pour guider nos indications et notre posologie, des publications étrangères, mais l'application variait suivant les auteurs et quelquefois, d'ailleurs, le résultat.

Nous avons donc rapidement abandonné cette méthode et, avant de préciser nos indications, nous avons voulu observer l'action de la thérapeutique suivant une posologie fixée par nous sur un certain nombre d'accouchées pendant le temps de leur passage à l'hôpital.

Par commodité, nous avons pratiqué notre étude systématique (portant sur cent cas) dans le service de M. le Docteur Plasse : *MATERNITE DE LA BELLE-DE-MAI.* M. Chosson a, d'autre part, mis à notre disposition les observations de la *CLINIQUE OBSTETRICALE* pour ce qui était des indications et des conséquences de l'application de la thérapeutique, en particulier sur la lactation (travaux de MM. H. Serment et H. Ruff).

Nous étudierons cette action sur :

— l'involution utérine ;

— l'écoulement des lochies et quelques problèmes annexes ;

— la sécrétion lactée.

Nous y ajouterons le retentissement et l'action sur les complications.

Nous essayerons, en conséquence, d'en tirer des indications.

ACTION DU MÉTHERGIN SUR L'INVOLUTION UTÉRINE

Méthode :

Dans l'étude systématique, nous avons administré à cent femmes, dans la journée qui suivait l'accouchement, une dose de « Méthergin » suivant la posologie qui suit.

Nous n'avons fait aucune discrimination suivant la parité, la conduite du travail, l'expulsion ou les manœuvres subies.

Posologie :

Nous avons, au début, procédé par tâtonnement, puis nous avons fixé la posologie à X gouttes, trois ou quatre fois par jour, soit : 0,25 mg. à 0,35 mg. environ par jour, cela pendant six jours.

Nous nous sommes basés pour cela sur le fait que la Méthyl-ergobasine a une action rapide mais peu soutenue, d'où l'intérêt de donner des doses modérées mais fréquentes.

Résultats :

Voici les résultats que nous avons obtenus chez ces cent accouchées mesurées quotidiennement :

Dans le but d'éclairer le tableau ci-dessous, des signes + et — ont été disposés ; ils doivent être interprétés de la façon suivante :

le signe + invite à se reporter au chiffre situé immédiatement au-dessus ;

le signe — indique un nombre égal à celui situé immédiatement à sa gauche.

Dans la première rangée horizontale figurent le nombre de jours de couches ; dans la première rangée verticale sont indiquées les parités.

Ces cent observations se répartissent de la façon suivante :

Primipares	30
Secondipares	23
Tercipares	15
Quartipares	11
Quintipares	6
Sexipares	6
Septipares	4
Octipares	1
Novipares	4

Enfin, une de nos parturientes secondipares avait fait vingt et un avortements pour lesquels elle avait subi treize curetages !

Parmi les autres, on relevait un certain nombre d'interventions réparties de la façon suivante :

Curages	4
Episiotomies	11
Forceps	5

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	15	-	13	-	12	9	7					
	+	+	+	+	+	+	6	4				
	+	+	14	12	11	10	8	5				
	+	+	+	11	+	+	+	+				
	15	14	13	-	11	-	-	10	9	-	6	2
	13	12	11	10	-	8	-	7	7	6	5	0
	+	11	9	8	-	-	6					
	+	+	+	+	+	+	+					
	12	-	-	-	-	11	10	8				
	13	10	-	-	9	8	6					
	+	11	+	+	+	+	+					
	15	13	-	-	12	12	8	4				
	10	-	-	-	9	8	6	4				
	18	13	11	9	8	6	6	4	3			
	10	-	9	6	6	5	0					
	+	+	+	7	+	+	0					
	13	12	-	11	8	7	5					
	17	12	11	-	10	9	8					

	1	8	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	18	12	11	11	+	+	5	3	0			
	+	+	+	10	-	+	+	+	+			
	18	11	8	8	8	7	6					
	+	8	6	0								
	+	11	-	9	8	7						
	+	+	10	+	+	+						
	14	13	11	9	8							
	10	-	-	9	8							
	18	-	11	+	7	5	4					
	+	+	+	10	+	+	+					
	15	13	8	-	-	-	6					
	+	+	+	+	+	+	7					
2	14	12	10	8	8	4						
	+	11	+	+	+	+						
	18	11	-	10	9	7						
	15	14	12	7	6	4						
	+	+	+	+	+	5						
	9	-	-	8	6	3	0					

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
11	10	8	-	-	7	5					
15	13	-	10	-	8						
14	-	11	-	8	5	0					
+	+	10	-	+	+	+					
13	11	11	8	-	-	6					
12	-	+	10	8	7						
15	13	-	11	10	9	8	5	0			
12	-	10	8	-	-	4					
+	+	11	10	9	5	0					
12	-	11	-	10	5	5					
10	8	6	-	3	0						
12	11	9	7	5	0						
15	13	-	10	-	5	0					
+	+	12	+	+	+						
12	-	11	10	8	7	4					
+	11	+	+	+	6	+					
14	12	10	8	6	4						

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
3	14	-	11	10	-	6	4					
	+	13	+	+	+	5	+					
	13	11	8	-	6	4	3					
	10	6	5	4	-	0						
	+	7	6	+	+	+						
	15	13	11	9	7	-	5					
	13	-	10	-	-	-	8	6	5	3		
	15	14	-	13	11	-	10	8	-	0		
	17	16	-	-	13	11	8	6				
	15	11	-	10	-	9	6	4				
	+	+	+	+	9	8	+	+				
	15	13	10	-	-	+	6	-				
	+	+	+	+	+	7	+					
	11	10	-	9	6	4	0					
	+	+	+	8	+	+	+					
4	14	12	10	-	8	-	7	-	4	0		
	+	+	11	10	+	+	+	4	0			
	12	-	9	8	3	0						

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
4	+	-	11	+	-	7	4					
	14	13	10	8	-	-	8					
	+	+	+	+	+	6	4					
	15	-	14	13	10	7	6	0				
	14	12	10	-	-	9	6	5				
	13	11	-	-	9	3	1					
	17	14	12	8	-	-	-	6	2			
	16	+	+	+	+	6	4	0				
5	16	15	12	11	-	10	9	8				
	15	12	-	10	9	-	8	6				
	+	+	+	+	8	-	6	4				
	12	11	10	9	6	5	4	0				
	15	12	9	-	8	6						
	12	10	-	9	6	0						
6	12	-	10	-	9	8						
	18	15	12	11	5	4	4					
	+	+	+	+	7	4	3					
	12	-	10	-	9	8	6	3				

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
6	12	-	10	-	9	8	6	3				
	15	-	14	-	12	8	6	3				
7	12	11	9	7	5	0						
	+	+	8	+	+	2						
	15	14	13	12	10	8	6					
	+	+	+	11	+	+	5					
8	+	13	12	+	10	-	6					
9	14	13	11	-	10	9	7	5				
	16	-	12	8	6							
	+	+	13	+	+							
	15	12	9	8	6							
8 + Avts	16	13	9	7	-	6	-	5	4			

Avant d'interpréter ces résultats, il nous paraît utile de signaler ici ce qui est observé habituellement dans le moment qui suit l'administration de la thérapeutique :

En général, nous avons remarqué qu'un temps de latence variant entre sept et douze minutes était nécessaire pour que l'action du médicament se manifeste avec une pointe maximum à huit minutes.

L'utérus, à ce moment-là contracté, est perçu facilement à travers la paroi abdominale.

Cet état s'accompagne très souvent d'une excrétion de lochies que la patiente remarque.

Cette durée d'action, que l'on pourrait qualifier d'utile, varie entre une heure trente et deux heures, puis diminue progressivement.

Voyons à présent ce que l'on peut déduire de ces résultats.

Si nous relevons suivant ce tableau les hauteurs des utérus à un jour donné, on obtient les chiffres suivants :

Premier jour	13,6 cm.
Deuxième jour	12,1 cm.
Troisième jour	10,6 cm.
Quatrième jour	9,5 cm.
Cinquième jour	8,4 cm.
Sixième jour	7 cm.
Septième jour	5,8 cm.
Huitième jour	5 cm.
Neuvième jour	4,6 cm.
Dixième jour	4 cm.

D'autre part, quelques remarques s'imposent :

Au sixième jour, déjà, neuf de ces accouchées avaient un utérus disparu derrière la symphyse pubienne. Ce nombre augmente régulièrement mais de façon beaucoup plus marquée dès le neuvième jour.

Si nous établissons un pourcentage, on obtient les chiffres suivants :

au sixième jour, 1/11 des accouchées ont un utérus atteignant la symphyse pubienne ;
au septième, 1/ 9 ;
au huitième, 1/10 ;
au neuvième, 1/ 5 ;
au dixième, 1/ 3 ;
au onzième, néant;
au douzième, 1/ 2.

Dans ces chiffres, on a éliminé au fur et à mesure le nombre d'accouchées dont l'utérus avait atteint la symphyse pubienne. Ainsi, des deux parturientes qu'il restait à mesurer le douzième jour, l'une d'elle avait une matrice au niveau de la symphyse.

La majeure partie avait un utérus situé à un ou deux travers de doigt au-dessus de cette limite à partir du huitième jour.

Ainsi, nous retrouvons les résultats de Gipstein Benjamin (14), avec toutefois des doses beaucoup moins fortes mais

administrées de façon plus prolongée (X à XV gouttes, trois fois par jour pendant six jours au lieu de XXX gouttes trois fois par jour, mais pendant deux jours seulement).

Par contre, dans trois cas, la symphyse n'était pas atteinte au douzième jour, le fond utérin n'étant qu'à 4 ou 5 centimètres de cette limite.

Pour ces trois observations, une seule explique nettement ce retard :

Observation N° 9

Il s'agit d'une primipare de vingt-deux ans ayant eu un accouchement normal. Le poids fœtal est de trois kilos trois cents, la délivrance se fait de façon naturelle, le placenta est complet et pèse six cents grammes. Au quatrième jour, arrêt de l'involution utérine, élévation thermique : endométrite sub-aiguë nécessitant un traitement par antibiotiques.

Dans les autres cas, on ne relevait rien de particulier (obs. n° 32), une seule parturiente avait eu une épisiotomie (obs. n° 12).

Ainsi, nous venons de voir quelle était la hauteur moyenne des utérus soumis au Méthergin ; voyons à présent s'il existe des différences avec les chiffres classiquement donnés et ceux de notre série de contrôle.

A. Metzger résume dans le tableau suivant les mesures de cent femmes le jour de leur sortie de l'hôpital, ce jour étant situé entre le quatrième et le douzième des couches.

	0	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
4e j. . .										1	1	1	11
5e j. . .					2		2	2	2	1			8,5
6e j. . .						1	4	1		1			7,4
7e j. . .							3	2	1	2	1		8,5
8e j. . .	1	1	1	3	3	6	3	1					3,8
9e j. . .	1	2	4	6	4	4	2	3					4,7
10e j. . .	1	2	2	1	2	1	2						4
11e j. . .		3	2	1	1								5
12e j. . .			1										3
13e j. . .	6	1	1										1,8

Dans ce tableau, les chiffres de la rangée supérieure indiquent les hauteurs utérines ; dans la première rangée verticale figurent les jours de couches ; enfin, une hauteur moyenne est notée dans la dernière rangée verticale.

Si à présent on rapporte les mesures à d'autres repères que la symphyse, on obtient les résultats suivants :

1er jour : un travers de doigt au-dessus de l'ombilic.
2e jour
3e jour
4e jour
5e jour : mi-chemin entre ombilic et pubis.
6e jour
7e jour
8e jour
9e jour
10e jour
11e jour
12e jour : l'utérus entre dans le bassin.

De toute façon, quelles que soient les mesures : relevées en centimètres ou évaluées par rapport à des repères (ombilic, symphyse pubienne), il apparaît qu'il faut en moyenne douze jours pour que l'utérus réintègre le petit bassin.

Dans notre série de contrôle, nous avons, en général, trouvé des chiffres un peu inférieurs à ceux donnés comme classiques dans les livres. Cela tient peut-être au fait que les accouchées sont levées plus tôt qu'elles ne l'étaient il n'y a guère plus d'une dizaine d'années. Le « *lever précoce* » ou semi-précoce, suivant les écoles, ayant une action sur l'involution utérine.

ÉTUDE COMPARATIVE

Nous allons à présent comparer les mesures figurant sur notre premier tableau à celles de nos cent cas témoins, ainsi qu'à celles données classiquement.

Afin de ne pas faire à nouveau figurer un ensemble de chiffres dont la lecture s'avère fastidieuse, nous ne reproduirons pas ici les hauteurs de cent « utérus témoins ». Nous nous contenterons d'en fournir les résultats d'ensemble.

Voici les hauteurs moyennes obtenues suivant le jour et comparées aux nombres précédemment donnés.

	Témoins	Avec Méthergin	Metzger
1er jour	13,7	13,6	—
2e jour	12,1	12,1	—
3e jour	11,3	10,6	—
4e jour	10,3	9,5	11
5e jour	9	8,4	8,5
6e jour	8	7	7,4
7e jour	7	5,8	8,5
8e jour	5,8	5	3,8
9e jour	4,9	4,6	4,7
10e jour	4,3	4	4

De ces trois séries de résultats, on remarque que la série du Méthergin est plus favorable, bien que n'étant pas spectaculaire sur la vue de ces chiffres.

On remarque, d'autre part, que les moyennes utérines sont sensiblement les mêmes pour la série avec Méthergin que pour les autres séries, cela au dixième jour seulement. Par contre, il est curieux de noter qu'il n'en est pas de même pour ce qui est des moyennes dans les premiers jours des suites de couches et jusqu'au septième jour. Les hauteurs sont alors inférieures à celles des cas témoins. La différence est supérieure à 1 centimètre.

Il semble que le Méthergin entraîne un début d'involution rapide, peut-être sous la dépendance d'une meilleure évacuation du contenu utérin. Cet élan paraît ensuite ralenti et, bien que favorisée, cette régression suit le processus normal anatomique d'involution. Ceci a paru davantage se vérifier chez les grandes multipares. C'est ce qui met en évidence le schéma suivant :

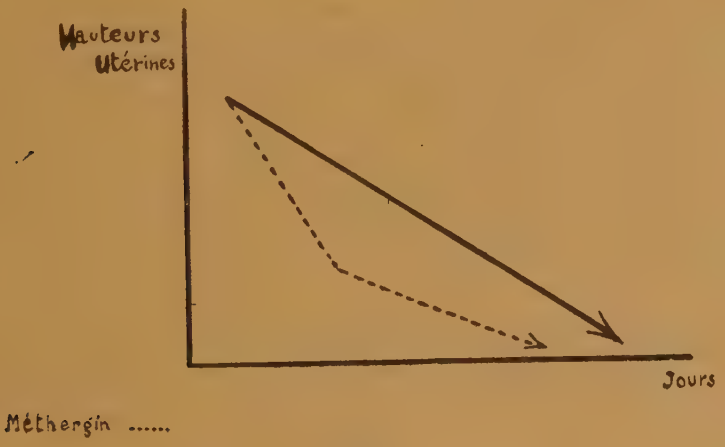

Schéma I

Cependant, ces mesures sont des mesures moyennes, pour lesquelles, nous l'avons déjà dit, nous éliminons au fur et à mesure les patientes dont l'utérus a déjà atteint la symphyse pubienne.

Or, si l'on considère à présent ce que l'on pourrait qualifier de « *COURSE A LA SYMPHYSE* », nous constatons que les séries au Méthergin sont favorablement influencées.

En effet, nous l'avons noté au passage, neuf de nos parturientes soumises au Méthergin, soit 1/11, ont un utérus atteignant la limite inférieure au sixième jour. Près du tiers l'atteignent au huitième jour.

Dans notre série contrôle, une seule l'atteignait au huitième jour. Il en est de même pour les mesures de Metzger.

Si, pour fixer les idées, nous répétons ces résultats en images, on remarque :

Que le pourcentage des utérus atteignant la symphyse croît au fur et à mesure que l'on s'approche du douzième jour, mais ceci est bien moins important pour la série au Méthergin où la limite inférieure est atteinte plus tôt.

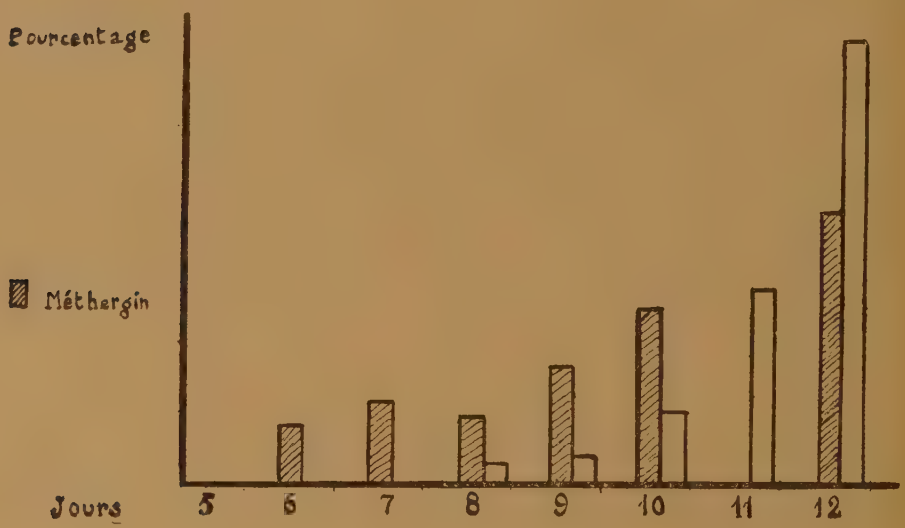

Schéma II

Pour nous résumer, nous pouvons dire que la Méthyl ergobasine favorise l'involution utérine :

— Pour un tiers de nos cas, nous avons obtenu une régression rapide : moins de huit jours.

— Pour la totalité ou presque des cas, cette involution a été favorablement influencée, l'utérus atteignant le petit bassin avant le douzième jour. Cependant, cette influence est davantage remarquée dans les premiers jours des suites de couches. Nous retrouvons ainsi approximativement les résultats des auteurs étrangers bien que les mesures, quelquefois, soient différentes.

Leinziger et Presinger (21) comparent deux séries de cinq cent seize cas, l'une expérimentale qui reçoit XV gouttes trois fois par jour de Méthergin à partir du premier jour, l'autre témoin.

Ils mesurent quotidiennement la hauteur et la largeur ainsi que la surface de projection de l'utérus sur la paroi abdominale. Les résultats moyens donnent au septième jour :

	Avec Méthergin	Témoins
Hauteur :	8,1	9,8
Nous obtenions le même jour :	5,8	7

D'autres résultats aussi éloquents sont retrouvés ; cependant, les méthodes d'administration du médicament et la posologie sont différentes des nôtres.

Tollefson (37) donne trois tablettes de 0,25 mg. par jour, pendant plusieurs jours, et constate une involution utérine satisfaisante.

Brougher (2) donne trois fois trente gouttes, ce qui revient au même, mais pendant quarante-huit heures seulement, et constate lui aussi une involution utérine satisfaisante.

Inglulla W. (14) et Dipont (8) obtiennent le même résultat avec X à XV gouttes trois fois par jour.

Enfin, Gipstein Benjamin obtient de bons résultats avec une méthode particulière :

1 cc. de Méthergin intraveineux après la naissance de l'enfant ;
1 cc. de Méthergin intramusculaire à l'expulsion du placenta ;
XXX gouttes per os cinq à six heures après la délivrance ;
XXX gouttes per os trois fois par jour les deux jours suivants.

Ainsi, le huitième jour après l'accouchement, on sent l'utérus à un ou deux travers de doigt au-dessus de la symphyse.

Les doses administrées sont ici importantes, mais de durée relativement courte. Les résultats ne paraissent pas sensiblement différents de ceux obtenus avec des doses beaucoup moins massives mais plus soutenues.

Afin de nous placer dans les conditions réalisées par Gipstein, nous avons relevé dans nos observations les cas où un ocytocique avait été utilisé, soit pour la délivrance (Méthergin), soit après celle-ci (Méthergin post hypophyse, gynergène).

Malheureusement, on ne peut en tenir qu'un compte relatif, ces cas relevant souvent d'indications particulières :

hémorragies,
inertie utérine, par exemple.

Nous avons relevé néanmoins quinze observations :
Observations n°* :

3, 7, 10, 12, 13, 19, 36, 38, 46, 47, 51, 55, 72, 76, 78,

se répartissent de la façon suivante :

Inertie utérine après délivrance :
grande multiparité .... 10 unités de post hypophyse (deux cas) ;

Délivrance au Méthergin .. 1 cc. de Méthergin I.V. (cinq cas) ;

Hémorragie de la délivrance 1 cc. de Gynergène I.M. (trois cas).

Enfin, diverses associations médicamenteuses ont été faites suivant les indications :

post hypophyse puis gynergène .... 4 cas
Méthergin plus gynergène ..... 1 cas

Parmi ces quinze observations, trois fois nous avons obtenu une involution rapide (observations n°* 10, 19, 38), c'est-à-dire en moins de sept jours. Ces accouchées avaient reçu pour des raisons différentes :

n° 10 : un gynergène
septipare, après la délivrance ;
n° 19 : 10 unités de post hypophyse
secondipare, après la délivrance ;
n° 38 : 10 unités de post hypophyse, puis 1 cc. de gynergène
secondipare, hémorragie par inertie utérine.

Les autres fois, on a observé une involution utérine comparable aux autres cas. Cependant, nous répétons que ces indications étaient des cas d'espèce et ne résultaient pas d'application systématique.

Avant de clore ce chapitre, signalons un cas particulier : celui des femmes ayant subi une manœuvre endo utérine. Ces observations, au nombre de quatre, se répartissent de la façon suivante :

trois curages pour rétension de cotylédons,
une délivrance artificielle après Méthergin.

(Incidents bénins de la délivrance au Méthergin, thèse de Voisin.)

L'involution utérine s'est faite chaque fois de façon satisfaisante, sans aucun autre secours que le Méthergin donné systématiquement et suivant la posologie indiquée.

Pour deux de ces quatre cas, cette involution s'est faite de façon assez rapide (observations n°* 59 et 82) ; pour les deux autres cas, cette involution a été un peu plus lente : 10 centimètres au septième jour (observations n°* 7 bis et 57).

Voilà donc quelles ont été nos remarques sur l'involution utérine de cent accouchées soumises à l'action du Méthergin.

D'autres effets ont été constatés à l'occasion de l'administration de cette thérapeutique ; nous allons à présent les examiner.

ACTION DU MÉTHERGIN SUR LES LOCHIES

Les lochies étant un symptôme majeur des suites de couches, nous nous devions de les considérer.

« L'appréciation de leur importance ne peut guère être que subjective et, par le fait même, entachée d'erreur » (23). Cependant, nous nous sommes efforcés, en comptant le nombre de linges salis, en nous fiant en partie aux dires des femmes, de nous faire une idée de l'importance des lochies.

Voici ce que nous avons constaté :

Après un temps variant entre sept et douze minutes, suivant l'absorption du médicament (nous l'avons déjà noté), on observe un écoulement net, cela dans les premiers jours des suites de couches. Cet écoulement plus net a lieu sur un fond d'écoulement plus ou moins continu dans la journée. Après quelques jours, cet écoulement ne se produit qu'après la prise du médicament.

La *durée* des lochies est nettement influencée.

Dès le troisième ou le quatrième jour, leur importance a notablement diminué, pour être à peu près nulle vers le septième jour où souvent l'absorption de Méthergin n'est alors plus suivie d'écoulement.

Cinq accouchées seulement parmi les cent conservaient un écoulement au delà du septième jour :

On notait :

— une octipare, qui conservait un utérus à 10 centimètres de la symphyse au sixième jour : écoulement important (obs. n° 8) ;

— une quintipare, qui avait une hauteur utérine de 9 centimètres au septième jour (obs. n° 18) ;

— une quartipare, qui avait une hauteur utérine de 6 centimètres au huitième jour (obs. n° 17) ;

— pour les deux autres, cet écoulement était discret.

Par contre, dans notre série de contrôle, il nous a semblé que ces temps étaient très souvent dépassés.

Deux primipares seulement avaient absolument tari leur écoulement le sixième jour, et trois fois nous avons noté une surabondance des lochies (obs. n°" 108, 121, 136).

Janke G. (20) constate que le Méthergin administré per os est efficace pour favoriser l'excrétion des lochies. La contraction débute trois à huit minutes après l'administration orale.

Gipstein B. constate que la plupart des accouchées n'ont, au troisième ou au quatrième jour du post partum, que de très faibles lochies. (On a vu la particularité de la méthode.)

Mrazek M. (24), avec trois fois par jour XV à XXV gouttes, constate une rapide involution et une diminution des lochies.

Tollefson (37) donne trois tablettes de 0,25 mg. pendant dix jours et note une diminution nette de la quantité des lochies chez les accouchées ainsi traitées.

ACTION
SUR LA COURBE DE TEMPÉRATURE

Le rettentissement d'un traitement au Méthergin sur la courbe de température a été apprécié de diverses façons par de nombreux auteurs. Cependant, les applications d'un traitement ont été aussi différentes suivant ces mêmes auteurs.

Massenbach W., Dieckmann C., Hicklt mettent en parallèle cinq cent soixante-quinze délivrances avec administration de Méthergin au dégagement des épaules et six cent seize contrôles. Ils résument les complications des suites de couches de la façon suivante :

Avec Méthergin		Sans Méthergin
6 cas	endométrite sub fébrile	4 cas
9 cas	endométrite fébrile	12 cas

Mais dans cette statistique, il est à remarquer qu'on ne donne pas de Méthergin après la délivrance. On ne tient compte que des rettentissements sur la courbe fébrile, ou plus exactement sur les complications d'une délivrance au Méthergin.

Il en est de même pour ce qui est des résultats fournis par La Selve dans sa thèse.

Il calcule le taux de fébrilité dans les suites de couches. Taux fixé par les données de Pastore, c'est-à-dire que sont fixées comme fébriles les courbes qui ont atteint ou dépassé deux fois en quarante-huit heures le niveau de trente-huit, si cette fièvre n'a pas une cause précise non gynécologique.

Voici ces résultats :

Avec Méthergin		Sans Méthergin
22 sur 350	suites fébriles	34 sur 350

Par contre, Leinziger et Presinger qui donnent, rappelons-le, XV gouttes trois fois par jour à partir du premier jour des suites de couches, observent une fébrilité au-dessus de trente-huit de 2,1 % contre 7,4 % dans la série de contrôle.

Quant à nous, nous ne pouvons qu'apporter une faible contribution à ces notions : cent cas sont insuffisants.

Voici toutefois ce que nous avons relevé :

Une endométrite sub aiguë, nécessitant un traitement antibiotique associé à la cure de Méthergin déjà en cours (obs. n° 45).

Quatre autres fois, la courbe pouvait être considérée comme fébrile, suivant les données établies par Pastore (obs. n°s 21, 44, 6).

Dans notre série de contrôle, sept fois la courbe a dépassé trente-huit deux jours consécutifs, température qui était imputable à l'utérus.

Il n'y a pas eu dans cette série-là d'endométrite.

MÉTHERGIN ET PERTES SANGUINES

Pastore, que cite La Selve dans sa thèse, a montré qu'il semble y avoir un parallélisme entre la perte de sang à la délivrance et la morbidité dans les suites de couches.

Aussi, on s'est attaché surtout à réduire cette perte sanguine au moment où elle se produit au maximum : à la délivrance.

(Thèse de Voisin A., Clinique Obstétricale de Marseille.)

Mais la Méthyl ergobasine qui, nous l'avons vu, favorise l'involution utérine, la durée des lochies, a-t-elle une action sur les pertes sanguines des suites de couches ? Cette perte sanguine peut-elle être diminuée si l'on traite prophylactiquement un certain nombre d'accouchées, comme cela était pour nos cent cas ?

Certains auteurs ont considéré l'action du Méthergin sur les pertes sanguines, comme ils ont apprécié les suites de couches en général après réduction de la période placentaire au Méthergin :

Fink et Rutishauser (12),

Sjöstedt (31)

constatent que dans les séries au Méthergin, les taux d'hémoglobine sont nettement favorables.

Tollefson donne uniquement le médicament dans les suites de couches à raison de trois tablettes de 0,25 mg. par jour, pendant dix jours. Il note que dans vingt pour cent des cas, le taux d'hémoglobine était inférieur à 75 %.

Cependant, on fait remarquer que l'épisiotomie est systématique et dans soixante-quinze pour cent des cas, les bords du col sont rafraîchis et dégagés.

Nous avons essayé d'évaluer cette déperdition sanguine dans un certain nombre de nos cas en dosant le taux de l'hémoglobine au cinquième jour des couches. Nous reconnaissons tout de suite que cette méthode est loin d'être satisfaisante, car elle n'est pas fidèle et, d'autre part, elle ne tient pas compte de la perte sanguine au moment de la délivrance. Cependant, en comparant ces résultats à nos cas témoins, nous avons pensé avoir un aperçu de l'action du médicament sur la perte de sang au cours des suites de couches.

Voici les résultats que nous avons obtenus :

Observations	Taux d'hémoglobine
20	85 %
21	80 %
22	85 %
23	85 %
33	90 %
34	75 %
36	80 %
37	90 %
38	80 %
41	75 %
47	60 %
48	65 %
49	65 %
79	65 %
82	80 %
83	75 %
88	80 %
90	85 %
92	80 %
98	85 %

Ainsi, quatre fois sur vingt, soit dans une proportion de vingt pour cent, comme l'observait Tollefson, le taux d'hémoglobine est inférieur à soixante-quinze pour cent.

Dans ces quatre cas, nous avons noté qu'une fois l'involution utérine se faisait lentement (observation n° 47) ; le taux d'hémoglobine était à soixante pour cent.

Pour le reste des observations, ce taux d'hémoglobine était à peine supérieur ou égal à celui des cas témoins.

Nous ne retrouvons donc pas ici des résultats aussi nettement favorables que ceux retrouvés par Fink et Rutishauser, ou par Sjötedt. Cela pour plusieurs raisons :

1° Il est difficile de se faire une idée bien nette en ne rassemblant que vingt cas.

Sjöstedt en étudiait deux mille cinq cents, Fink et Rutishauser cent ;

2° La thérapeutique n'est pas administrée au même moment :

Il est incontestable que pour un accouchement et des suites de couches normales, c'est à la délivrance que la perte sanguine est la plus importante.

C'est à ce moment-là que l'action du Méthergin est la mieux ressentie ;

3° Nous n'avons pu tenir compte de la perte sanguine

initiale : celle de l'accouchement et de la délivrance. Au départ déjà, il existe une erreur.

Sans doute eut-il été intéressant d'apprécier le taux d'hémoglobine dès la délivrance terminée, et contrôler ce même taux cinq jours après.

Nous l'avons fait pour quelques-uns de nos cas, nous n'avons malheureusement pas pu le faire systématiquement.

De toute façon, il semble que l'on aurait obtenu une valeur bien trop relative pour y attacher une grande importance : le taux d'hémoglobine n'étant qu'un reflet bien infidèle de la perte sanguine lorsque celle-ci est de faible quantité.

ACTION DU MÉTHERGIN

SUR LA GLANDE MAMMAIRE EN ACTIVITÉ

Classiquement, nous l'avons déjà dit, le tartrate de Méthyl ergobasine n'a aucune action sur les autres fibres lisses que celles de la musculature utérine.

Cependant, un fait d'observation suffisamment courant à la Clinique Obstétricale a permis de noter que le Méthergin utilisé sur des accouchées récentes a une action indiscutable sur les fibres lisses qui entourent les acinis mammaires.

En effet, M. le Professeur Serment et Ruff ont noté, dans le service de M. le Professeur Chosson, qu'il suffisait pour s'en rendre compte de donner quelques gouttes de Méthergin per os à une nourrice. Un quart d'heure à une demi-heure après, s'il n'y a pas eu de tétée, le lait s'écoule spontanément et imprègne les linges d'une façon inhabituelle.

Toutefois, le Méthergin n'a aucune action sur la sécrétion mammaire, qui, seule, conditionnera la valeur de l'allaitement futur. L'excrétion seulement paraît influencée. Mais des prises répétées de médicament pendant plusieurs jours ont entraîné une diminution de la quantité de lait.

Cette intéressante remarque sur l'action du Méthergin a semblé avoir des applications thérapeutiques. Nous aurons l'occasion de les étudier au chapitre des indications.

UTILISATIONS THÉRAPEUTIQUES DU MÉTHERGIN DANS LES SUITES DE COUCHES

Arrivé au terme de cette modeste étude systématique de cent accouchées ayant reçu un traitement au Méthergin, quelques réflexions sur cette utilisation nous semblent nécessaires.

1° Une femme ayant normalement accouché peut-elle tirer quelque bénéfice d'un traitement systématique ?

Avant de répondre, revenons un peu sur ce que nous avons déjà dit :

a) *L'involution utérine.*

Nous avions noté après comparaison que la série au Méthergin était, dans de fortes proportions, plus favorable que la série de contrôle. Cette proportion est telle qu'il ne saurait être question de hasard.

b) *Les lochies.*

Nous avons vu que leur durée était nettement influencée, de même que leur quantité : très diminuées ou à peu près terminées dès le quatrième jour.

c) *La courbe de température.*

Elle paraît favorablement influencée.

Leinziger et Présinger, rappelons-le, ont observé une fébrilité au-dessus de 38 degrés dans 2,1 % des cas, contre 7,4 % dans la série de contrôle.

Notre statistique est moins heureuse :

5 % contre 7 %.

Cependant, nous avions signalé l'insuffisance de cent observations pour se faire une idée sûre.

Il semble donc qu'il y ait un intérêt à administrer du Méthergin systématiquement. Les suites de couches en paraissent favorablement influencées. La durée de l'hospitalisation peut être écourtée.

2° Peut-on, suivant les accouchées, donner prophylactiquement du Méthergin afin d'éviter certaines complications ?

a) *Les grandes multipares.*

Il semble qu'elles soient justiciables de profiter de l'action utéro-tonique puissante du médicament. Celui-ci peut, semble-t-il, augmenter la tonicité d'un utérus que l'on sait très souvent frappé d'inertie.

Nous avons vu, du reste, en étudiant l'involution utérine, que la pente descendante des hauteurs des utérus soumis au Méthergin paraissait encore davantage se vérifier chez les grandes multipares.

b) *Les femmes aux antécédents gynécologiques.*

En particulier métrite, et surtout les curetages avec les nombreuses cicatrices qu'ils laissent habituellement au niveau de la muqueuse, créant autant de zones adhérentielles.

Dans nos observations, nous en avons relevé neuf, où un curetage avait été pratiqué pour avortement.

Les suites de couches se sont passées de manière tout à fait satisfaisante ; l'involution utérine a été, somme toute, assez rapide (observations 14, 33, 8, 78, 86, 89, 94, 96).

L'observation n° 26 mérite d'être rapportée :

Mme A..., 31 ans, secondipare, premier accouchement spontané il y a onze ans, donnant le jour à un enfant pesant 2 kg. 750, la délivrance a été naturelle, le placenta normal.

Pour le deuxième accouchement, elle entre en salle d'accouchement à 0 h. 30 avec un col effacé, à 5 h. 15, expulsion. Poids de l'enfant, 3 kg. Délivrance naturelle dix minutes plus tard, le placenta qui pèse 650 gr. présente plusieurs cotylédons accessoires.

A part ces accouchements, on notait dans ses antécédents qu'elle avait été hospitalisée à trois reprises, pour une métrite du col, mais surtout, qu'elle avait eu 21 avortements, pour lesquels elle avait accumulé 18 curetages !

Cette femme figurait dans la série « Méthergin ». Le premier jour de ses couches, on notait une hauteur utérine à 16 cm. Les lochies étaient importantes. Le taux d'hémoglobine était à 80 %.

Le deuxième jour, après absorption d'une dose du médicament, elle expulsait un caillot pesant environ 200 grammes. La hauteur utérine passait alors à 13 centimètres, elle atteignait 9 centimètres le troisième jour. Les lochies qui avaient notablement diminué disparaissaient à peu près entièrement le cinquième jour. On notait alors que la hauteur utérine était de 7 centimètres. Le taux d'hémoglobine était à 85 %.

Le neuvième jour, elle sortait de l'hôpital, le fond utérin était à 4 centimètres du pubis. La courbe thermique n'avait jamais dépassé 37°4.

Cette observation est tout autant curieuse qu'encourageante.

LES INDICATIONS

Instruits de l'étude systématique du Méthergin, nous avons essayé, tant à la Clinique Obstétricale qu'à la Maternité de la Belle-de-Mai, de tirer des indications de l'utilisation du Méthergin, et d'observer les résultats de son application.

Méthergin et manœuvres endo-utérines.

Nous avons vu, chemin faisant, que figuraient dans nos observations quatre cas où une manœuvre endo-utérine avait dû être pratiquée, c'est-à-dire :

trois curages,

une délivrance artificielle.

Nous avions noté, dans ces observations, que les suites de couches avaient été normales, et paraissaient avoir été favorablement influencées par dix gouttes de Méthergin trois fois par jour.

Nous avons rassemblé trois nouveaux cas (deux curages, une délivrance artificielle), qui ne figurent pas dans notre étude systématique ; les voici rapportés :

Observation N° 159

Mme P..., 26 ans, quartigeste, tercipare : 2 accouchements à terme, accouchements et délivrances sont normaux. Un avortement à trois mois succède à ces deux accouchements.

Grossesse actuelle à terme. Elle entre en salle d'accouchement à 8 h. 30 avec une dilatation à 4 cm. et une poche des eaux rompue, à 10 h., la dilatation est complète, à 10 h. 30, accouchement en O.P., l'enfant pèse 3 kilos.

Cependant, le placenta, qui pèse 450 gr., ne paraît pas complet. Devant la persistance de l'écoulement sanguin, un curage est pratiqué, qui ramène, avec des portions de membranes, des débris de cotylédons.

Une cure au Méthergin est instituée. Au cinquième jour des suites de couches, on notait que la hauteur utérine était de 3 cm., les lochies étaient taries. Au huitième jour, la patiente sortait de l'hôpital, la courbe de température avait atteint à deux reprises 37°8, et elle était apyrétique depuis trois jours.

Observation N° 180

Mme D..., 30 ans, sexipare, cinq accouchements à terme, tous normaux, aucun incident de la délivrance. Le poids des enfants s'échelonne entre 3 kg. 600 et 4 kg. 800. Aucun antécédent gynécologique n'est noté.

Grossesse actuelle à terme. Début du travail à 22 h. 30, l'accouchement a lieu le lendemain à 6 h. 30. Dégagement en O.P., le poids de l'enfant est de 4 kg. 500, la délivrance est naturelle. Le placenta pèse 750 gr., mais il est en partie désinséré et paraît incomplet. Le curage ramène des débris de cotylédons. 1 cc. de Méthergin I.V. après le curage.

Cure de Méthergin per os.

La hauteur utérine est de 15 cm. le premier jour des couches. Le cinquième jour, malgré nos recommandations, la patiente désire sortir de l'hôpital. La hauteur utérine est alors de 10 cm., les lochies ont nettement diminué d'importance, elle a toujours été apyrétique.

Observation N° 174

Mme G..., 25 ans, primipare, aucun antécédent gynécologique. Elle entre en salle d'accouchement à 16 h. 15, poche des eaux rompue, dilatation 5 cm., col souple. A 18 h. 45 expulsion. L'enfant pèse 3 kg. 250. A 19 h. 30 la délivrance n'est toujours pas faite : délivrance artificielle.

Une cure au Méthergin est instituée, associée à 1.000.000 d'unités de pénicilline par jour.

Le deuxième jour, la hauteur utérine est à 15 cm., la patiente sort le septième jour, la hauteur utérine est alors à 8 cm., les locies sont taries. La courbe de température a toujours oscillé autour de 37°.

Ainsi, ces trois observations paraissent montrer l'influence favorable du Méthergin dans la prévention des accidents infectieux des suites de couches lorsque des manœuvres intra-utérines ont été pratiquées.

Dans la dernière observation, des antibiotiques avaient été associés systématiquement. Le Méthergin administré comme adjuvant a toutefois, semble-t-il, favorisé l'involution utérine.

Méthergin et forceps.

En étendant le champ des indications, il semble que les parturientes ayant subi une application de forceps puissent aussi bénéficier de la méthode.

En effet, au cours de cette manœuvre, nombreux sont les petits accidents qui lèsent le col : éraillures, voire légères déchirures qui peuvent passer inaperçues. Dans notre série « Méthergin » figuraient cinq applications de forceps, dont une avec incision du col. Toutes avaient eu des suites normales avec le seul traitement au Méthergin.

Observations n°s 2, 11, 40, 47, 15.

Les rétentions de membranes.

Elles semblent devoir bénéficier du traitement.

Lorsqu'on suspecte, une fois la délivrance terminée, une rétention d'un lambeau de membrane, soit après examen du délivre, soit au moment même de la délivrance, l'administration du médicament paraît favorablement influencer l'écoulement et l'élimination dans les premiers jours de couches de ces débris. C'est du moins ce qu'affirme Janke G. qui obtient de bons résultats dans ces cas-là. La cure est de vingt gouttes trois fois par jour pendant trois jours. On prévient ainsi la fièvre, le plus souvent les membranes retenues sont expulsées. Nous en connaissons, quant à nous, deux observations (n°s 181, 196).

Méthergin et césarienne.

Nous n'avons pas d'opinion personnelle à ce sujet. Nous n'avons pas eu l'occasion d'utiliser le « Méthergin » chez de pareilles opérées.

Janke G. signale, sans préciser le nombre de cas, qu'avec du « Méthergin » per os pendant six jours consécutifs, il n'y a pas eu de rétention de lochies.

Enfin, signalons que Rusca F. (28) donne trente gouttes de Méthergin per os, ou 1 à 2 cc. de Méthergin I.M. lorsqu'il craint un danger *d'atonie dans le post-partum.*

Nous venons de voir les indications de la cure au Méthergin dans un but prophylactitique, voyons à présent son action sur les incidents et les complications du post-partum.

1° Sub-involution utérine.

Nous avons pu en rassembler six cas (quatre Clinique Obstétricale, deux Maternité).

Ces accouchées ne présentaient qu'un retard de l'involution, sans phénomènes infectieux associés.

Pour les quatre cas de la Clinique Obstétricale, les résultats ont été satisfaisants.

Pour les deux cas de la Maternité, on obtenait un résultat bon, un résultat moins satisfaisant (observation n° 45).

Les posologies ont été identiques.

Dipont a rassemblé cent quatre cas de sub-involution. Il administre dix à quinze gouttes de Méthergin trois fois par jour. Il observe une involution rapide dans cinquante et un cas, et une involution accélérée dans quarante-quatre cas.

Par contre, Janke G., loin de se rallier à l'opinion précédente, pense qu'il vaut mieux utiliser, dans ce cas-là, le tartrate d'ergotamine (Gynergène), ou les fortes préparations hyphysaires.

Mayer M., Sahy A., Bugnard C. et Vergeylen se rangent à cette opinion pour l'utilisation du Gynergène. Ils préfèrent utiliser ce dernier car il possède une action utérotonique durable et persistante. Bien que le Méthergin soit pourtant utilisé par eux à la dose de trente gouttes trois fois par jour, le Gynergène est encore préféré dans les indications qui vont suivre.

Dans deux cas, cette involution utérine s'accompagnait de phénomènes hémorragiques discrets qui ont tous les deux très bien répondu à la thérapeutique (Clinique Obstétricale).

2° Lochies.

Nous avons vu quelle action nette avait sur les lochies le Méthergin donné systématiquement dans le post-partum. Il paraissait donc avantageux de l'utiliser chaque fois qu'un trouble de celles-ci se rencontrait. Ainsi, trois fois, nous l'avons utilisé pour : *surabondance lochiale* avec des résultats intéressants (observations Maternité n°° 216, 283, 291).

Dix gouttes trois fois par jour pendant trois jours ont amené l'arrêt total des écoulements.

En cas de rétention de lochies : Janke G. administre le médicament à la dose vingt à vingt-cinq gouttes trois fois par jour pendant deux à trois jours. Il note que l'écoulement des lochies s'en trouve stimulé, ce qui évite la fièvre. Les quelques échecs qu'il enregistre sont dus à des anomalies de la muqueuse. Ils réagissent cependant à une administration d'hormones folliculaires et d'extraits hypophysaires.

3° Les endométrites du post-partum.

On assiste beaucoup plus rarement aujourd'hui à l'endométrite du post-partum telle qu'on la rencontrait il n'y a guère plus d'une dizaine d'années, avec :

les frissons, la température élevée, l'altération du faciès et son allure parfois septicémique. L'arrêt net de l'involution utérine et la disparition presque totale des lochies en complétaient ce tableau succint.

Les méthodes d'asepsie, et surtout la mycothérapie, ne sont pas étrangers à cet état de chose. Par contre, ce que l'on observe beaucoup plus souvent, ce sont de légers phénomènes infectieux d'origine utérine accompagnés d'une température autour de 38 degrés, d'un arrêt plus ou moins marqué de l'involution utérine.

Ces états nous ont paru devoir bénéficier d'une cure au Méthergin, soit seule, soit associée à des antibiotiques.

Nous en avons relevé quinze cas :

Clinique Obstétricale, 8 ;

Maternité, 7.

Tous ces cas étaient, dans l'ensemble, bénins et ont guéri très facilement, quelquefois avec le seul concours du Méthergin.

Cependant, l'association aux antibiotiques nous a paru devoir bénéficier d'une large utilisation. On ajoute ainsi à l'action antimicrobienne de l'un l'action mécanique (chasse utérine) non négligeable de l'autre. Une de nos observations paraît illustrer suffisamment cette remarque.

Observation N° 43

Mme L..., 25 ans, primipare, elle se présente en salle d'accouchement à dilatation complète, poche des eaux rompues, présentation : S.I.D.P., 45 minutes plus tard expulsion. Episiotomie. Poids de l'enfant 3 kg. La délivrance survient 10 minutes après, le placenta est normal, paraît complet et pèse 450 gr., l'épisiotomie nécessite trois points.

Suites de couches : le deuxième jour, température 38°4, utérus légèrement douloureux, un traitement antibiotique est institué. Le sixième jour, la température est toujours oscillante autour de 38°. La plaie de l'épisiotomie est satisfaisante. La hauteur utérine est de 12 cm., les lochies peu abondantes. X gouttes de Méthergin trois fois par jour sont alors associées. Au huitième jour, la hauteur utérine est à 8 cm., la température décroît progressivement, elle atteint 37°2 le neuvième jour.

MÉTHERGIN ET GLANDES MAMMAIRES

La Clinique Obstétricale a eu le mérite, nous l'avons vu, de mettre en évidence l'action du Méthergin sur la glande mammaire au cours de l'utilisation de ce dernier.

On s'est alors demandé si l'on pouvait tirer profit de cette action sur les fibres lisses des acinis mammaires. Un certain nombre d'indications a été posé. Cette étude a été rassemblée dans un travail de la Clinique Obstétricale et Gynécologique de la Faculté de Médecine de Marseille ; en voici les grandes lignes :

1° Engorgement mammaire.

Il survient au début de la lactation, en général entre le quatrième et le sixième jour du post-partum. L'allaitement est souvent rendu difficile par des seins durs, gorgés de lait. Les succions longues et difficiles peuvent provoquer des complications inflammatoires. Dans certains cas, cette affection, cependant banale, peut être un obstacle à la continuation de l'allaitement.

Le Méthergin donné per os, à raison de cinq à dix gouttes un quart d'heure à vingt minutes avant chaque tétées, ou une tétée sur deux, est un précieux adjuvant à la thérapeutique.

On obtient assez vite une décongestion mammaire.

Le Méthergin risquant de diminuer la quantité de lait, il est préférable de ne pas continuer trop longtemps cette médication (quarante-huit heures à trois jours au maximum en espaçant les prises).

Sur vingt-cinq cas rassemblés, on note vingt succès et cinq arrêts de la lactation.

2° Engorgement et poussée de lymphangite.

Le Méthergin peut être indiqué de la même façon dans les engorgements qui accompagnent les poussées de lymphangite ou les débuts de mastites puerpérales. Cependant, il n'a aucune action sur l'évacuation du lait sécrété et doit être associé à toute autre thérapeutique jugée utile.

3° Le sevrage.

On connaît les inconvénients que cela entraîne du côté maternel, et la difficulté qu'il y a quelquefois à tarir la sécrétion lactée. Le Méthergin a été utilisé à cette fin.

Quatre cas ont été rassemblés à la Clinique Obstétricale où la sécrétion a été tarie en quatre jours après le sevrage sans autre médicament et sans phénomène douloureux.

Enfin, les mêmes difficultés se retrouvent lorsque, pour des raisons maternelles ou fœtales, on ne veut pas laisser installer un allaitement.

Dix cas ont été relevés, ils se répartissent de la façon suivante :

4 bacillaires,
2 cardiaques,
2 mort-nés,
2 refus maternels.

Dans tous ces cas, il a été prescrit dès l'accouchement et pendant quatre jours, des œstrogènes de synthèse à forte dose (Ethynyl-œstradiol 50 gamma pendant quatre jours, soit six comprimés par jour). Une montée de lait retardée s'observe très souvent entre le sixième et le douzième jour, en général peu importante, mais parfois douloureuse.

Dès la première manifestation, dix à quinze gouttes de Méthergin trois à quatre fois par jour ont été conseillées avec succès. Dans tous les cas, la congestion mammaire est rapidement rentrée dans l'ordre.

Enfin, dans tous ces cas, où les suites de couches constituent un cap parfois difficile à franchir, l'utilisation du médicament employé comme adjuvant dans le but de tarir un allaitement n'en conserve pas moins au niveau de l'utérus une action bénéfique qui, d'après ce que nous avons eu l'occasion de voir, n'est pas négligeable.

LES EFFETS ANNEXES

Voisin avait signalé dans sa thèse cinq cas où, après injection de Méthergin I.V. pour hémorragies de la délivrance, étaient survenus des phénomènes de choc.

Dans une de ses séances, la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Marseille avait ouvert une discussion « à propos d'un choc obstétrical mortel » et concluait qu'en aucun cas, l'injection de Méthyl-ergobasine ne pouvait aggraver le choc préexistant.

Enfin, La Selve, dans une synthèse des résultats obtenus par Forman et Sullivan, note qu'on obtient, en fait, « que de légers désagréments ».

Personnellement, nous n'avons pratiquement jamais remarqué cela, excepté une fois où chaque prise de Méthergin per os paraissait accompagnée d'une sensation vertigineuse avec nausées.

Il est vrai que dans nos cas, les doses de Méthergin considérées étaient faibles et que jamais nous n'avons utilisé la voie intramusculaire ou intraveineuse. De surcroît, les indications étaient différentes et nous étions loin des conditions réalisées dans les observations de Voisin.

Une petite remarque est à faire cependant au sujet des coliques utérines qui, quelquefois, accompagnent l'utilisation du Méthergin :

Administré per os aux doses indiquées, les contractions déclenchées sont en général perçues, mais sauf dans quelques rares cas, leur intensité est telle qu'il est nécessaire d'interrompre le traitement. (Une seule fois, les prises ont dû être stoppées chez une grande multipare.

Au début de notre série « Méthergin », les accouchées qui, régulièrement trois fois par jour, nous voyaient arriver muni de notre flacon et de notre compte-gouttes, soupçonnèrent le but expérimental d'une telle assiduité. L'une d'entre elles ayant rattaché les contractions (non douloureuses) qu'elle ressentait aux prises, réussit à entraîner, bien malgré elle, toutes les accouchées d'une chambre à refuser les gouttes « qui donnent les coliques ».

Nous eûmes beaucoup plus de succès dans une chambre voisine où nous avions proposé des gouttes « contre les coliques », les mêmes, bien entendu.

Qu'on nous pardonne cet abus de confiance !

Devant certaines nécessités, quelques auteurs (25) utilisent des doses beaucoup plus importantes que les nôtres (trente gouttes trois fois par jour, jusqu'à deux injections quotidiennes I.M. de 2 cc.). Ils préviennent la patiente de l'apparition possible de contractions utérines intenses et très douloureuses et notent que celles-ci cèdent rapidement à l'administration d'antalgiques courants (suppositoires d'Aspirine).

CONCLUSIONS

Le tartrate de Méthyl-ergobasine, utilisé sous le nom de « Méthergin », est un ocytocique puissant.

Nous avons étudié dans les deux services d'obstétrique de Marseille son action dans les suites de couches.

1° Dans une étude systématique de cent cas (comparés à cent cas témoins), nous avons pu dégager les notions suivantes :
   — Le Méthergin administré per os à la dose de dix gouttes trois fois par jour a une action favorable sur l'involution utérine ;
   — Il diminue rapidement la quantité et la durée des lochies ;
   — Il paraît avoir une incidence heureuse sur la courbe de température.

2° Nous avons administré le médicament dans certaines indications, soit à titre prophylactique, soit dans un but curatif.

Prophylactiquement :

a) Chaque fois qu'une manœuvre endo-utérine ou une application de forceps avait été pratiquée ;

b) En cas de rétention de membranes.

Nous avons obtenu des résultats satisfaisants.

Dans un but curatif, nous l'avons utilisé avec succès dans :

a) les sub-involutions utérines ;

b) les surabondances lochiales ;

c) les endométrites du post-partum.

Nous avons précisé à cette occasion son association heureuse avec les antibiotiques.

Enfin, nous avons souligné son action sur la glande mammaire en activité et dégagé quelques indications de cet effet, qui font de ce médicament un précieux adjuvant des thérapeutiques déjà utilisées dans les suites de couches.

LU ET APPROUVÉ.
Le Président de Thèse :
Prof. CHOSSON.

VU ET APPROUVÉ.
Le Doyen :
G. MORIN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER N°
Aix, Juin 1955
Le Recteur : BLACHE.

BIBLIOGRAPHIE

1. Baskin M.-J., Harvey E.-L., Mc, Endaffer D.-M. — Observations cliniques avec le méthergin. *Rocky Moutain Med. J.*, 208, 1947.
2. Brougher J.-C. — L'emploi d'un ocytocique semblable à l'ergonovine. *West. Jour. Surg.*, 53, 276, 1945.
3. Berstine. — Les lochies, étude quantive. *West. Jour. Surg. Obst. Gyn.*, n° 6, t. 59, 1951.
4. Bourget et Noel. — Rôle de l'autolyse dans le mécanisme des transformations involutives du muscle utérin chez la femme. *C.R. Soc. Biol.*, t. 83, 1920.
5. Chosson J., Ruff H., Maubert J.-L. — Notes sur l'utilisation clinique de la Meth. ergo. au cours de la délivrance. *Bull. Féd. Gyn. Obst.*, 3, 1953.
6. Chosson J., Martin-Laval, Mme Inglesakis, Deturmeny G. — De l'action du Méthergin au cours des curetages. *Soc. Gyn. Obst.*, 1953.
7. Chosson J., Mercier F., Farnarier G., Sestier M.-R. — Action de la Meth. ergo. sur les chocs cardio-vasculaires. *Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst.*, t. 6, n° 3, 1954.
8. Dipont. — Meth. dans les suites de couches. *Ginek. polska*, 23, 97.
9. Dubrausky. — Ex. histologique de l'endomètre pendant les suites de couches et l'allaitement. *Arch. f. gynak.*, 1950.
10. Dudley H.-W. et Moir C. — *Brit. Med. Jour.*, 1, 520, 1935.
11. D'Ernst J.-P. — *Schweiz. Med. Wschr.*, 76, 775, 1946.
12. Fink R. et Rutishauser G. — Raccourcissement de la période placentaire par le Méthergin. *Praxis*, 40, 907, 1951.
13. Forman J.-B. et Sullivan R.-L. — *Amer. J. Obst.*, 63, 640, 1952.
14. Gipstein B.-L. — Rapport préliminaire sur l'utilisation clinique du Méthergin. *Amer. J. Obst. and Gyn.*, 54, 1.065, 1947.
15. Giarola. — Emploi d'un nouvel alcaloïde de l'ergot de seigle en obst. et gyn. *Ann. Obst.*, 70, 449, 1948.
16. Hanon. — Recherches sur le développement et l'involution du muscle utérin par la méthode des cultures de tissus. *Sem. Hôpit. Paris*, n° 27, 1950.
17. Hallqvist B. — *Svensk. Läkartidn.*, 48, 2.569, 1951.
18. Hepp L.-C., Evans J.-R. — *Rocky Moutain Med. J.*, 42, 949, 1945.
19. Inglulla W. — D'un nouvel alcaloïde de l'ergot de seigle. *Riv. Obst. Ginécol.*, 2, 157, 1947.
20. Janke G. — Exp. Clin. avec un alcaloïde de l'ergot de seigle. *Zbl. Gynak.*, 66, 1.071, 1942.
21. Leinziger R., Presinger H. — L'invol. puerpérale, son accélération par le Méth. *Zbl. Gynak.*, 74, 942, 1952.
22. Lopez, Hernandez R.-J. — Contribution à l'emploi du Méth. en Obst. *Rev. Espan. Obst.*, 11, 391, 1952.
23. La Selve A. — La Méth. ergo. en obstétrique. *Thèse Lyon*, 1953.
24. Mirazek M. — Le Méth. en obst. et gyn. *Gynécologia*, 128, 301, 1949.
25. Mayer M., Sahy A., Bugnard C., Vergeylen J. — Ind. du Méth. au cours de la délivrance, césarienne, curetage, suites de couches. *Sem. Hôp. Paris*, n° 40, juin 1954.
26. Mercier F., Sestier M.-R., Farnarier G. — Remarques sur les propriétés cardio-vasculaires expérimentales de la méthylergobasine. *Bull. de la Société de Pharmacie de Marseille*, n° 9, 1954.

27. Pigeaud M., Charvet et La Selve A. — *Bull. Féd. Soc. Obst. Gyn.*, n° 4, 1952.
28. Rusca F. — Phys. et thérapie de la période placentaire. *Théra. Umschau.*, 5, 79, 1948.
29. Ravina. — Les suites de couches. *Presse Méd.*, novembre 1949.
30. Retterer et Lelièvre. — Sstructure et invol. du muscle utérin. *Obst.*, 1909.
31. Sjotedt S. — Méth. dans la période placentaire. *Nord. Med.*, 47, 275, 1952.
32. Serment H., Gavaudan F., Peytraud. — *Bull. Féd. Soc. Obst. Gyn. de langue française*, 5, 591, 1953.
33. Serment H. et Ruff H. — Notes à propos de l'utilisation thérapeutique du Méth. per os. A paraître *Sem. Hôp. Paris.*
34. Stoll A. — *C.R. Soc. Suisse Sc. nat. Neuchâtel*, 1920.
35. Stoll A. et Burckhardt E. — C.R. Acad. Sc., 200, 1.680, 1935. *Bull. Sc. Pharmacol.*, 42, 257, 1935.
36. Stoll A., Hofmàn A. — *Helv. Chim. Acta*, 26, 944, 1943.
37. Tollefson C. — Méth. nouvel ocytocite. *West. Surg.*, 12, 383, 1944.
38. Tisne L. — Del Volumen sanguineo circulante y la hemorragia en el alumbramiento. Santiago de Chile, 1951.
39. Voisin A. — Contribut. à l'étude de la Méth. ergo. dans les incidents hémorragiques de la délivrance. *Thèse Marseille*, 1953.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers Condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate,

Je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine, dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque.